

LE CARCINOME DU CAECUM ET L'HÉPATOMÉGALIE MÉTASTATIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
PAR

Said GHATAN

de TÉHÉRAN (Iran)

Thèse N° 2587



IMPRIMERIE GENEVOISE
GENÈVE

1958



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LE CARCINOME DU CAECUM ET L'HÉPATOMÉGALIE MÉTASTATIQUE

THÈSE
PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
PAR
Said GHATAN
de TÉHÉRAN (Iran)

Thèse N° 2587

La Faculté de médecine, sur le préavis de Monsieur le professeur G. Bickel, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 3 juillet 1958

Le doyen : Eric Martin

Thèse No 2587

A MES PARENTS

Nous adressons nos respectueux et sincères hommages à Monsieur le professeur G. Bickel, directeur de la Clinique universitaire de Médecine interne, à qui nous devons notre formation médicale. Nous garderons de notre maître un souvenir non seulement de reconnaissance mais aussi d'exemple qui nous sera précieux au cours de la carrière que nous commençons.

Nos vifs remerciements vont à Monsieur le Docteur R. Choisy, médecin-adjoint, qui nous a proposé le sujet de la présente thèse et qui nous a aidé de ses précieux conseils pendant l'élaboration et la rédaction de ce travail.

INTRODUCTION

Bien que le cancer du cœcum soit une maladie connue depuis longtemps et que son étude ait été faite par de nombreux observateurs, nous pensons qu'il n'est pas inutile d'y revenir.

A la faveur de trois observations qui illustrent les complications terminales de cette atteinte cancéreuse, nous reprenons l'étude de cette localisation. En effet le néoplasme cœcal est d'un diagnostic particulièrement difficile, preuve en soit les trois observations que nous rapportons où cette atteinte n'a même pas été suspectée.

Ceci ne doit pourtant pas surprendre si l'on pense que ces tumeurs peuvent croître lentement et ne se révéler qu'à la période ultime par les complications. Même l'investigation radiologique si utile et si souvent décisive, peut rester en défaut.

Cliniquement enfin, les plaintes du malade sont souvent vagues, les investigations de laboratoire souvent trompeuses.

Lorsqu'une masse tumorale est palpée dans la fosse iliaque droite et que des douleurs siègent à ce niveau, le diagnostic reste encore délicat.

L'intérêt de la localisation cœcale du cancer de l'intestin, dépend aussi de ses répercussions sur l'état général. C'est là un des aspects cliniques les plus importants et les plus captivants, comme nous espérons le montrer dans notre étude. Leur connaissance doit aider à dépister la maladie à un stade où le traitement chirurgical est encore possible.

ETUDE CLINIQUE

En se reportant aux statistiques de la littérature consultée, on s'aperçoit que le cancer du cœcum atteint plus volontiers les hommes que les femmes. BROWN relève sur cinquante cas 36 hommes et 24 femmes, mais CASTELLO sur 122 cas prétend que les femmes sont aussi fréquemment touchées que les hommes. L'atteinte plus fréquente chez les hommes est généralement admise. Cette opinion ressort de l'étude de WAKELEY et RUTHERFORD qui trouvent 19 hommes sur 25 cas ; et plus nettement encore, de la grande statistique de Ch. MAYO et LOVELACE, qui sur 885 cas trouvent 62 % d'hommes et 38 % de femmes. F. W. RANKIN et CHUMLEY ont un pourcentage encore plus fort puisqu'ils signalent 72 % d'hommes pour 27 % de femmes.

L'âge est plus important à analyser, parce que si la période de la vie entre 50 et 60 ans est celle où la maladie se rencontre le plus souvent (Ch. H. BROWN), on peut trouver ces tumeurs chez des sujets de moins de 40 ans et même de moins de 30 ans. Cela veut dire qu'en principe on ne peut pas écarter le cancer quelque soit l'âge, toutes les fois qu'une tumeur est palpable dans la fosse iliaque droite.

BROWN signale sur les 60 cas étudiés :

3 cas	entre 30 et 40 ans
10 cas	» 40 et 50 »
22 cas	» 50 et 60 »
15 cas	» 60 et 70 »
9 cas	» 70 et 80 »
1 cas	après 80 »

Dans la grande statistique de MAYO et LOVELACE, dans 2,3 % des cas, l'âge était de moins de 30 ans. RANKIN et CHUMLEY signalent un cas chez un sujet de 16 ans qui est le plus jeune dont nous ayons connaissance.

DIXON, à la Mayo Clinic, groupe les symptômes des cancers du cœcum sous trois rubriques :

- a) Ceux avec anémie et asthénie.
- b) Ceux avec troubles dyspeptiques et digestifs.
- c) Ceux où l'on sent une tumeur abdominale.

Pour cet auteur la majorité des cas appartiennent au groupe « a », mais pour d'autres auteurs ceux du groupe « b » seraient plus fréquents.

Ainsi Ch. H. BROWN, qui a classé par symptôme les 60 cas étudiés, signale des crampes coliques et nausées dans 38 % des cas, alors que la faiblesse, l'anémie, l'amaigrissement, ne se trouvent que dans 13 à 15 % des cas.

Il semble que lorsqu'il existe une tumeur palpable abdominale elle s'accompagne de douleurs sous forme de crampes, de coliques. Celles-ci évoluent par poussées intermittentes et aboutissent à des signes de sub-obstruction ou d'obstruction où le diagnostic devient alors aisé (DIXON).

Dans la statistique de BROWN 38 % des cas avaient cette symptomatologie occlusive. La douleur est très variable. Elle se résume parfois à une sensation d'inconfort, de tension anormale dans la période du début (WAKELEY et RUTHERFORD). Ces sensations deviennent vite permanentes et lorsqu'elles persistent même la nuit deviennent un indice de suspicion.

Dans d'autres cas la douleur est intermittente. Lorsqu'elle prend le caractère de colique elle est plus typique et suspecte, quelque soit le lieu de l'abdomen où elle se manifeste (CASTELLO ; KEYES ; MALLORY ; GIDDINGS). HOTZ rapporte un cas où les coliques n'avaient pas de localisation fixe. Lorsqu'elle est toujours localisée au même endroit la douleur peut être assez évocatrice, soit qu'elle apparaisse par intermittence soit qu'elle soit permanente.

Elle prend le caractère d'un point douloureux, d'autres fois de crampe, ou encore peut être ressentie comme une douleur profonde lancinante et permanente, jour et nuit.

Il faut savoir aussi que la douleur n'est pas toujours ressentie à l'endroit où se situe la lésion. On a rapporté des cas où elle siégeait à l'épigastre, d'autre fois sous le rebord costal gauche ou droit ou encore au niveau de la fosse iliaque gauche.

L'anémie fréquente dans les cancers du cœcum et de l'ascendant a un grand intérêt. En effet, lorsqu'elle est liée à une dyspepsie, elle permet de suspecter d'emblée un processus pathologique localisé aux segments coliques droits. Cette anémie, hypochrome lorsqu'elle est due aux hémorragies, peut rester normochrome lorsqu'elle relève d'une intoxication d'origine digestive ou métabolique. Elle nous a paru souvent liée aux troubles notés par divers auteurs (SEEGERS ; BANKS et GREEN).

La tachycardie est la modification la plus fréquemment relatée, mais d'autres troubles cardiaques comme l'angor, la myocardite, la décompensation évoluant de paire avec l'affection abdominale nous a frappé par sa fréquence dans la littérature que nous avons consultée. Si l'on n'est pas étonné de voir s'associer la tachycardie à l'anémie ou à une haute température, on est plus surpris de trouver le premier de ces symptômes sans les seconds.

Le trouble cardiaque paraît pouvoir apparaître non seulement dans l'anémie, mais indépendamment de la température, ou de rétentions coliques à l'angle gauche (gaz) si souvent génératrices de tachycardie.

Il semble donc logique d'évoquer une action toxique sur le cœur et on ne peut s'empêcher de songer par analogie aux carcinoïdes intestinaux avec leur localisation cardiaque.

Si nous essayons de schématiser l'évolution des cancers du cœcum, nous pouvons distinguer trois stades.

Ils débutent souvent par un malaise général auquel se joint une inappétence, un état nauséux, des sensations anormales dans l'abdomen qui sont pénibles sans être douloureuses.

A la période suivante ces troubles se précisent et s'intensifient. Les vomissements apparaissent et les sensations abdominales deviennent douloureuses. Celles-ci peuvent se localiser dans le cadran inférieur droit de l'abdomen ou rester générales. Elles peuvent aussi s'accompagner de diarrhée ou de constipation. Le malade entre ainsi dans une phase où, à côté de la fatigue et du malaise général, apparaissent des crises douloureuses abdominales accompagnées de vomissements et de diarrhée. C'est à ce stade que la palpation abdominale peut révéler un colon dur sensible qu'une malade appelait sa « branche d'arbre », tant l'impression de dureté était grande. Ces crises intestinales de diarrhée peuvent devenir sanglantes avec du sang rouge à l'inverse du suintement occulte

révélé par les réactions chimiques ou de la selle noire melaenique classique. Il est nécessaire de rappeler à ce sujet que le sang rouge ne provient pas forcément de la lésion cancéreuse qui peut être petite et non ulcérée, mais peut provenir de la paroi intestinale soumise à un effort peristaltique (EAST T.) considérable en même temps que se produit une grosse congestion vasculaire.

Ces phénomènes aboutissent à un épaissement des tuniques intestinales. On comprend alors pourquoi la palpation donne sous les doigts cette impression de dureté ligneuse qui peut tromper sur la nature comme sur le siège de la lésion.

La troisième et dernière période des lésions cancéreuses, dont nous nous occupons, donne souvent des signes assez précis. A côté de l'affaiblissement, de la cachexie, de l'anémie, l'inappétence devient importante sinon totale, les vomissements sont plus fréquents. Les douleurs sont plus vives, se localisent volontiers dans la fosse iliaque droite où l'on sent une tuméfaction. Il existe fréquemment de la température qui peut rester d'intensité moyenne ou faire des clochers. Le sang montre alors une leucocytose élevée. Cliniquement toutefois, les difficultés de diagnostic persistent, car la masse palpable dans l'abdomen est souvent molle, parfois mobile. Les douleurs peuvent en imposer pour une appendicite surtout si le sujet n'a pas dépassé la quarantaine. La température, les vomissements, la leucocytose incitent encore à penser à l'appendicite avec abcès, tandis qu'avec des signes inflammatoires moins intenses et surtout si le malade a subi antérieurement une appendicectomie, on pense à une colo-épiploïte tout aussi bien qu'à une tumeur.

Au reste, l'inflammation appendiculaire n'est pas rare lors d'atteinte néoplasique cœcale (BURT ; MAYER ; ALVARY et LOWRY ; RANKIN et CHUMLEY ; FORTY, etc.). Cette participation s'opère soit par une obstruction de l'organe, soit par une inflammation partie de la tumeur ulcérée et infectée. L'inflammation peut conduire naturellement à toutes les complications appendiculaires connues.

C'est encore à ce stade de la maladie qu'on trouve les complications qui motivent cette étude. Lorsque le gros foie est bosselé, l'état cancéreux est certain, mais il peut être lisse comme c'est le cas dans deux de nos observations.

D'autre fois, l'état cancéreux est prouvé par des métastases ailleurs que dans le foie en particulier dans le poumon, les vertèbres, les reins ou par une ascite contenant des cellules malignes.

L'ictère n'est pas obligatoire mais existe souvent et nous le trouvons dans deux de nos observations.

Bien entendu, la symptomatologie que nous venons de résumer en trois étapes suit rarement ce schéma. La palpation de la tumeur peut se faire en même temps qu'apparaissent les premiers signes généraux ou les premiers maux digestifs. La plus grande fantaisie préside à l'installation ou à l'apparition des signes. C'est une raison de la difficulté du diagnostic différentiel.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On distingue classiquement deux formes de cancer des colons.

La forme végétante ou encéphaloïde et la forme infiltrante plus communément appelée squirrhe. La première de ces formes est principalement celle qu'on rencontre au niveau du cœcum. Elle est formée de végétations molles, qui lorsqu'elles sont allongées, flottent à la manière d'une chevelure dans la lumière intestinale. D'autres fois, ces végétations sont courtes et bosselées et implantées sur la muqueuse intestinale en zone plus étendue comme une nappe sessile.

Le cancer végétant est friable, saigne facilement, ce qui explique qu'il s'ulcère souvent, entraînant les réactions inflammatoires dont nous avons parlé et qui peuvent faire pencher le diagnostic vers l'appendicite. L'ulcération, unique ou multiple, peut gagner en profondeur et aboutir à la perforation. A côté de cette forme végétante, le squirrhe se rencontre aussi. Il est généralement situé à la partie haute du cœcum assez exactement à la jonction de ce segment avec le colon ascendant, alors que la forme précédente est celle qu'on trouve plus volontiers au niveau du bas fond.

Le développement de ces lésions, parties d'un point de la muqueuse se fait tout d'abord transversalement et provoque peu à peu les symptômes d'occlusion. On conçoit facilement que c'est la forme squirrheuse qui aboutit le plus tôt à cette symptomatologie, le cancer végétant ayant plus de chances de s'ulcérer et de donner des signes d'inflammation et d'anémie. En effet, il faut compter avec une lente évolution qui peut s'étendre sur plusieurs années.

En même temps que l'extension circulaire, le cancer se propage en profondeur et atteint peu à peu les diverses tuniques de l'intestin. C'est au moment où les nerfs et la musculature sont touchés que se produisent les réactions d'excitation qui peuvent faire apparaître des signes à distance (douleur, constipation, diarrhée).

Le péritoine offre une résistance assez importante à la propagation mais son atteinte entraîne l'organisme à endiguer le mal. C'est pourquoi une anse intestinale ou l'épiploon viennent volontiers se coller sur la lésion. A signaler que, contrairement au cancer du sigmoïde, il est très rare que le cancer du cœcum atteigne la vessie (REDON), par contre les propagations aux parois, aux organes génitaux féminins sont fréquentes.

L'infiltration dans le système lymphatique est particulièrement importante. C'est cette voie qui conduit le mal au hile du foie et au parenchyme hépatique comme dans les cas que nous rapportons.

Après avoir gagné les ganglions régionaux, l'infiltration continue par les lymphatiques qui suivent l'artère mésentérique et arrive au hile du foie. Cette atteinte lymphatique peut être précoce et indépendante de l'importance de la lésion primitive. DIXON signale des métastases lymphatiques régionales dans un quart des 145 cas étudiés et WAKELEY et RUTHERFORD dans 32 % de leurs 322 cas. Le foie n'est pas le seul organe à recevoir les métastases. On peut en trouver au niveau du poumon, des vertèbres, du cerveau, de la thyroïde, des reins, etc.

Il faut signaler encore le cancer gélatineux, forme plus rare. Selon RANKIN et CHUMLEY on le rencontrerait dans 5 % des cas. Ces auteurs pensent que plus la tumeur forme de mucus plus le pronostic s'améliore.

Toutefois, disent-ils, si les ganglions lymphatiques sont atteints le pronostic est mauvais.

On voit donc que quel que soit le genre de tumeur, quelle que soit la localisation ou sa grosseur, l'atteinte des voies lymphatiques et la propagation par ces voies est capitale. On admet que ce néoplasme se développe lentement. Cela semble vrai pour autant que les lymphatiques ne sont pas infiltrés, car à ce moment l'évolution de la maladie se fait beaucoup plus rapide.

Dans la statistique de Ch. H. BROWN, 45 de ses 60 cas ont évolués en 6 mois dont 8 en moins d'un mois.

Les cas qui ont dépassé 6 mois de durée sont au nombre de 27 dont 7 seulement ont survécu plus d'un an.

Les cas que nous rapportons ont évolué en moins de 6 mois.

RADIOLOGIE

L'examen radiologique si important pour le diagnostic du cancer du cœcum offre des difficultés particulières qu'il est bon de connaître.

Comme le font remarquer BROWN et COLVERT le radio-diagnostic au niveau du colon droit est plus difficile qu'au niveau du colon gauche, parce que les lésions cancéreuses y produisent moins facilement et moins hâtivement une atteinte circulaire occlusive. Sur 50 cas étudiés, ils arrivent 36 fois à un diagnostic correct. Il faut aussi compter avec la préparation du malade. La région à examiner est située loin des orifices et l'intestin dans ces cas ne se vide souvent pas comme un intestin normal. De plus, l'état d'affaiblissement du malade fait hésiter à pousser la préparation aussi loin qu'il serait désirable et il faut insister sur l'impossibilité d'avoir un cœcum bien préparé avec des lavements seuls (R. GILBERT.) RACHET, BUSSON et MORIN disent que les signes radiologiques sont trop grossiers pour dépister précocement le cancer du colon. On ne dispose, disent-ils, que d'un aspect élémentaire unique : la lacune. Toutefois la lacune, ajoutent-ils, n'est pas pathognomique du cancer et peut se trouver dans des affections digestives diverses.

L'arrêt baryté avec image lacunaire des bords est assez évocateur pour ne pas entraîner des difficultés diagnostiques. Ce n'est pas l'image la plus intéressante. Les lacunes marginales plus difficiles à reconnaître sont plus intéressantes parce qu'elles révèlent des cancers petits ou localisés. Lorsqu'elle se trouve de face, on comprend que la lacune puisse facilement être méconnue. D'où la nécessité des images par compression ou après évacuation. C'est dans ces cas-là que le relief muqueux prend toute son importance et permet de faire la distinction entre l'état inflammatoire et l'état cancéreux destructif. (R. GILBERT.)

La plus grande attention doit être apportée aux modifications

de la valvule de Bauhin ainsi qu'à l'état de la dernière anse grêle qui reflète souvent un désordre au niveau du cœcum.

Un premier examen négatif, disent encore BROWN et COLVERT ne justifie pas une complète assurance. Si les troubles persistent, il ne faut pas hésiter et répéter minutieusement les examens après quelques semaines. C'est au cours de ce deuxième examen que ces auteurs sont arrivés dans 20 % de leurs cas au diagnostic correct. Cette opinion est, au reste, partagée par la plupart des auteurs et s'exprime en particulier dans les conclusions du rapport présenté par R. GILBERT, à la Ligue nationale suisse contre le cancer.

Une autre difficulté est représentée par l'invagination. Celle-ci se réalise de telle manière que la tumeur cœcale peut être entraînée dans la lumière intestinale et remonter ainsi parfois très loin. Les images évoquent alors à première vue une anomalie de l'ascendant ou du transverse, la tumeur elle-même peut passer inaperçue et l'analyse des clichés peut ne révéler qu'une image d'invagination.

Dans ces cas encore la palpation abdominale donne une localisation tumorale à l'endroit de l'invagination. Sur leurs 50 cas, BROWN et COLVERT ont trouvé une fois cette particularité, c'est dire qu'elle est heureusement rare.

GILBERT et GARCIA-CALDERON en ont aussi rapporté un cas très démonstratif. L'examen radiologique, enfin, peut rester négatif quelque minutieux qu'il ait pu être pratiqué.

BROWN et COLVERT donnent 8 % de résultats négatifs sur leurs 50 cas.

C. CASE rapporte aussi un cas d'exploration radiologique négative dans un cas de cancer colloïde du cœcum.

Parmi les trois cas que nous rapportons, deux malades ont subi une investigation radiologique, mais celle-ci n'a pas été poursuivie jusqu'au cœcum dans le désir de ménager les malades.

C'est une éventualité qui se présente souvent et sur laquelle il nous paraît important d'insister. L'arrêt de l'examen radiologique après l'estomac et le duodénum est une erreur d'autant plus grande qu'il n'a pas révélé d'anomalie. Il prive souvent l'observateur de constatations utiles au niveau de l'intestin grêle ou des colons, même si ces constatations ne posent pas un diagnostic précis.

Des constatations mêmes mineures pousseront à refaire une exploration ou à compléter l'examen par une autre technique.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

I. — *M^{me} H. A., née E.*

C'est une femme de 67 ans qui, jusqu'à l'âge de 64 ans, avait toujours joui d'une bonne santé. Pendant les trois dernières années elle fut soignée pour son foie et sa rate. Elle ressentait alors, des malaises vagues au niveau des deux hypocondres. Depuis deux mois elle est essoufflée ; on lui a parlé d'une affection cardiaque. Six semaines avant son entrée à l'hôpital, elle perd l'appétit, a des éructations fréquentes, et depuis 15 jours des sensations continues, surtout nocturnes, d'aigreur au niveau de l'œsophage. Les sensations sont accentuées par l'ingestion d'aliments et de boissons. Elle vomit une fois par jour régulièrement. Il y a du sang dans les selles qui sont noires depuis une semaine.

Elle a maigri de 14 kg. en trois mois.

A l'examen d'entrée on trouve une femme pâle, aux téguments flasques, par endroits squameux.

L'examen abdominal révèle une hépatomégalie. Le foie dépasse largement le rebord costal, remplit le creux épigastrique et une partie de l'hypocondre gauche ; il est ferme, bosselé. La TAH est de 35/80. Le pouls de 80 par minute. L'index ictérique de 15 à l'entrée augmente peu à peu (50 après 3 semaines). L'ictère s'installe, en effet, au bout de quelques jours. Il y a une anémie hypochrome à 2.935.000 Gl. r. et 50 % d'hémoglobine (index 0,86 %). On trouve dans l'urine de l'urobiline et de l'urobilinogène. Vers la fin du séjour apparaissent des pigments et les sels biliaires.

L'examen radiologique ne révèle pas d'image suspecte jusqu'au jejuno-ileon. Vu l'état grave de la malade, on ne pousse pas plus loin les examens. La malade sombre dans le coma et meurt au bout de 20 jours.

A l'autopsie on trouve : carcinome indifférencié en virole du cœcum, envahissant toute la paroi intestinale et les ganglions régionaux, une lymphangite rétrograde du colon ascendant, des métastases multiples sous pleurales, pulmonaires, rénales, hépatiques, une hépatomégalie avec atrophie et stéatose du parenchyme hépatique, un ictère généralisé, une gastrite hémorragique ancienne, une lithiase biliaire avec cholecystite chronique, une dilatation du cœur gauche.

II. — G.A. F., homme de 73 ans.

L'anamnèse familiale révèle que la mère est décédée d'un cancer gynécologique, qu'un frère est mort d'un cancer gastrique.

Le malade lui-même a eu, il y a 36 ans, une ptose de l'estomac. Depuis lors ne souffre d'aucun trouble digestif. Il y a 18 ans, il a eu un accident de la circulation et se plaint depuis de douleurs paravertébrales de la colonne dorso-lombaire.

Depuis deux mois il a eu des sensations de pesanteur épigastrique soulagées par le décubitus dorsal. Il manque d'appétit, a beaucoup maigri (7 kg. en 1 mois).

A l'examen d'entrée on constate que c'est un homme pâle, maigre ; il est fébrile et présente une sensibilité au creux épigastrique et à l'hypocondre droit. Le foie est lisse ; il dépasse de quatre travers de doigts le rebord costal, la prostate est hypertrophiée.

Aux examens de laboratoire : la phosphatase alcaline est de 8,5, il y a de l'urobiline et de l'urobilinogène dans les urines, une anémie de 3.420.000 globules rouges et 69 % d'hémoglobine (index 1,01), une leucocytose à 13.350. On trouve un léger météorisme ombilical. Le transit gastroduodéal ne révèle rien de particulier. Il y a du sang dans les selles. La laparoscopie montre de nombreuses métastases d'une tumeur dont on ne peut préciser l'origine. On administre des analeptiques, des antianémiques et des antibiotiques. La température monte, un ascite se déclare, l'état général décline. Le malade devient ictérique. Un muguet dans la cavité buccale l'empêche même de boire. Il meurt au bout de 23 jours.

L'autopsie révèle un adénocarcinome en virole, exulcéré du cœcum, des métastases hépatiques et vertébrales, une infiltration du Douglas, une invasion du péritoine avec ascite carcinomateuse.

III. —

Il s'agit d'une femme de 64 ans, souffrant depuis plus de deux ans d'une psychose d'involution. Elle a fait un premier séjour d'une semaine à l'hôpital pour équilibration d'un diabète. Elle revient à la clinique médicale pour un ictère progressif remontant à trois mois.

A l'entrée on trouve une hépatomégalie, le foie à surface lisse, dépasse le rebord costal de trois travers de doigts. La TAH est de 14/10, le pouls à 75 par minute. A l'Ecg on trouve un rythme sinusal. Il y a incontinence des urines et des matières.

L'examen du sang révèle 4.550.000 érythrocytes, 22.850 leucocytes, un icterus index de 100, un taux de bilirubine totale de 17,7 mg %, un taux de phosphatase de 30,1 unités, 115 g % de fer sérique, 7 g % de protide totaux (36 % d'albumine, 65 % de globulines, surtout α^1 , α^2 et β). 49 meq de Na, 90 meq de Cl, 29 meq de K, 22,5 meq de Co². Il y a des pigments et sels biliaires dans l'urine. Les selles sont d'aspect mastic, argentées, grasses, contiennent des fibres musculaires, mal digérées.

Le diabète est équilibré par 20 unités d'insuline. L'état général s'aggrave, les diarrhées deviennent sanglantes. Le malade tombe dans le collapsus tensionnel et meurt après 13 jours.

A l'autopsie on trouve un adénocarcinome mucipare exulcéré du cœcum avec nombreuses et grosses métastases hépatiques comprimant le canal hépatique interne, colostase et ascite hémorragique ; une cholelithiase et une cholecystite, des hémorroïdes internes.

Sans vouloir en retirer des règles, ces trois observations appellent quelques commentaires.

Remarquons que seul le premier de nos cas possède dans l'anamnèse un passé digestif. Dans les trois, par contre, la maladie se déclare peu de temps avant l'entrée à l'hôpital (6 semaines, 2 mois, 3 mois). Chez les trois malades, *l'état du foie* frappe à l'examen clinique. Il est augmenté de volume et donne une impression de dureté à la palpation, une seule fois la surface est bosselée, les autres fois elle est lisse. C'est autour de ce gros foie que tourne le diagnostic, c'est de sa nature que vont dépendre le pronostic et le traitement.

La laparoscopie a permis dans un de nos cas de reconnaître l'état cancéreux. Or malgré l'intégralité de l'estomac à l'examen radiologique, on continue à croire jusqu'au bout à un point de départ gastrique. C'est donc un examen qui peut être rapide et décisif. Il confirme l'opinion de CAROLI qui affirme qu'il est réalisable même chez les ictériques, les cachectiques et les infectés. Dans nos trois observations *l'ictère* existe et une fois c'est lui qui motive l'admission à l'hôpital. Deux fois il apparaît à la dernière période de la maladie et de ce fait n'a pas été complètement étudié. Cet ictère de caractère obstructif, le plus souvent, peut créer des difficultés diagnostiques avec l'obstruction choledocienne. Nos deux malades femmes ont été trouvées porteuses de lithiase biliaire et de cholecystite. La fréquence de la sensibilité sous-hépatique et les selles décolorées peuvent orienter dans le sens de cette affection. L'apparition d'une ascite carcinomateuse s'est développée chez un malade en même temps que l'ictère.

Parmi *les examens de laboratoire*, ceux qui nous ont paru les plus fidèles pour préciser le caractère obstructif de l'ictère, ont été l'augmentation progressive du cholestérol total et l'augmentation progressive des phosphatases alcalines déjà élevées au départ. Les tests de floculation sont par ailleurs restés négatifs, en particulier la céphaline-cholesterol souvent plus sensible que les autres.

L'électrophorèse nous a paru avoir un intérêt diagnostique plus net. Deux fois, en effet, les courbes des α et β globulines et singulièrement des α^2 s'est montrée anormalement élevée. Le seul cas où la courbe n'a pas eu ce caractère et où les γ globulines étaient au contraire prépondérantes, a correspondu à l'autopsie à un parenchyme hépatique atrophique et stéatosé.

En ce qui concerne *le cœur*, contrairement à la fréquence de ses troubles relatés dans la littérature, nous ne trouvons que dans la première de nos observations un cœur déficient qui

se révèle par de la dyspnée d'effort, des œdèmes malléolaires et une dilatation du ventricule gauche à l'autopsie. Cette dyspnée qui ne s'est déclarée que deux mois auparavant, pourrait être dépendante de l'anémie, comme c'est probablement le cas dans l'observation N° 2 où elle existe sans que le cœur appelle de commentaire. La tachycardie pourtant si fréquente n'a pas été notée chez nos malades.

L'anémie qui paraissait importante à la vue l'était moins à l'examen cytologique. Les chiffres moyens se situent entre 3 et 3,5 millions de globules rouges. Quand à l'icterus index il est hypochrome normochrome et hyperchrome dans nos observations. Cette constatation souligne ce que nous disions plus haut, qu'à moins d'hémorragies continues importantes l'anémie reste volontiers normochrome. Les selles, en fait, montraient la présence de sang dans les trois cas, mais le saignement ne se présentait pas de la même manière ; une fois c'est la selle noire melaénique, une autre fois ce sont les réactions chimiques qui en décèlent la présence, la troisième fois c'est une selle sanglante, une hémorragie terminale.

L'hyperleucocytose a existé chez nos trois malades. Cette constatation est presque une règle. Elle paraît d'autant plus accusée lorsque les phénomènes inflammatoires se surajoutent comme c'est le cas dans l'observation N° 3 où le néoplasme était ulcéré. Par contre dans le cas N° 1 où la progression cancéreuse s'était réalisée essentiellement par les voies lymphatiques et où la lésion primitive n'était pas ulcérée, la leucocytose n'est apparue que tardivement et est restée modérée.

La durée d'hospitalisation de nos trois malades a été courte (20 jours, 23 jours, 13 jours). Si on la rapporte au début des plaintes, elle prouve l'extrême gravité de l'hépatomégalie chez ces cancéreux.

Elle exclut toute thérapeutique efficace.

La mort s'est produite différemment dans les trois cas. Une fois dans le coma, une autre fois par affaiblissement progressif dû à une totale impossibilité de se nourrir, la troisième fois par collapsus vasculaire à la suite d'une hémorragie intestinale importante.

CONCLUSIONS

1. Par sa symptomatologie vague, voire fruste, le cancer du cœcum est d'un diagnostic difficile dans la période du début où l'acte chirurgical peut être salvateur.
2. A en croire nos trois observations, l'hépatomégalie est une complication tardive qui signe le pronostic, fatal en quelques semaines.
Ce gros foie ne révèle pas toujours sa nature par une surface marronnée.
3. L'ictère accompagne le plus souvent l'hépatomégalie. C'est généralement un ictère par obstruction dû à des compressions biliaires, parfois même du canal hépatique au hile du foie.
4. Cliniquement l'association de l'amaigrissement, de l'anémie hypochrome ou normochrome et de l'augmentation du foie jointe à l'anorexie, nous ont paru être les signes cardinaux de la maladie au stade que nous considérons. Si ces troubles sont complétés par des malaises digestifs même minimes, ou une douleur abdominale quelconque, il faut penser au cancer du cœcum.
5. En cours d'examen deux erreurs nous paraissent importantes à éviter :
 - a) Ne pas écarter la possibilité de néoplasie parce que la tumeur qu'on palpe est molle ou mobile, et ceci quel que soit l'âge.
 - b) Ecarter la possibilité d'un gros foie métastatique parce que sa surface est lisse et que l'examen radiologique prouve l'intégralité de l'estomac.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALVARY G. & LOWRY E. C. Inguinal ulcer first sign of cancer caecum. *Amer. J. of Surg.* 80, 487-490, 1956.
2. BANKS A. G. & GREEN R. D. Associated acute appendicitis. *Brit. M. J.* 1, 926, 1935.
3. BROWN Ch. H., COLVERT J. R. & BRUSH B. E. Clinical aspects of carcinoma of the caecum and ascending colon ; report of 60 cases. *Ann. intern. Med.* 28, 940-947, 1948.
4. BROWN Ch. H. & COLVERT J. R. Analysis of roentgen ray diagnosis in carcinoma of the caecum and ascending colon. *Ann. intern. Med.* 27, 936-943, 1947.
5. BURT C. A. V. Carcinoma complicated by appendicitis or paracecal abcess *Surg. Gynec. Obst.* 88, 501-508, 1949.
6. CASAL M. A., GARCIA M. L. & COPPOLA J. A. Invaginacion ileocecal por cancer. *Prensa med. arg.* 38, 140-142, 1951.
7. CASE C. Lower abdominal discomfort and a mass in a man of 58. *New Engl. J. Med.* 208, 331-333, 1933.
8. CASTELLO C. Cancer of the caecum. *Cancer* 5, 254-258, 1952.
9. COOK J. Acute appendicitis with carcinoma of the caecum. *Brit. M. J.*, 2, 1083, 1936.
10. DAUTZENBERG A. Ein Zökumkarzinom auf dem Boden einer Tuberkulose. *Zbl. f. Chir.* 77, 571-574, 1952.

11. DIXON C. F. Carcinoma of the caecum. What are the chances of cure ? *J. Amer. Med. Assoc.* 103, 1605-1607, 1934.
12. DOUGLAS J. Carcinoma of the caecum and ascending colon in a patient under thirty years of age. *Surg. Clin. North. Amer.* 12, 407-409, 1932.
13. EAST T. Columnar cell carcinoma of the caecum. *Proc. Roy. Soc. Med.* 28, 447-448, 1935.
14. *ENCYCLOPÉDIE MÉDICO-CHIRURGICALE*, 4, 33430 A 10. 1-9.
15. FERREIRA J. A. & MEERCKOFF M. Dificultades diagnosticas en el cancer del ceco ascendente. *Prensa med. arg.* 44, 2162-70, 1957.
16. FITZ-GIBBON H. Coincident carcinomata. *Irish J. Med. Sc.* 6, 325-327, 1955.
17. FORTY F. Invagination of the appendix simulating cancer of the caecum. *Proc. Roy. Soc. Med.* 50, 271, 1951.
18. GILBERT R. Le cancer des colons et du rectum. Radiodiagnostic. *Schweiz. méd. Wschr.* 75, 795-803, 1945.
19. GILBERT R. & GARCIA-CALDERON J. Etude radiologique de l'invagination cœco-colique de l'adulte. *Acta. radiol.* 25, 251-268, 1954.
20. GILBERT R., KADRINKA S. & BABAIANTZ L. Progrès réalisés dans le diagnostic radiologique des cancers du gros intestin. *Arch. El. Méd.* 41, 451-463, 1933.
21. GODLEWSKI M. Au sujet de l'examen radiographique des colons. *Arch. Mal. App. dig.* 40, 375-380, 1951.

22. HORHOLD K. Zökumkarzinom kombiniert mit akuter Appendizitis und Tuberkulose der ileozökalen Lymphknoten. Zbl. Chir. 79, 1918-1924, 1954.
23. HOTZ H. Klinische Demonstrationen : Cœcumkarzinom mit Invagination. Helv. Med. Acta 15, 336-338, 1948.
24. KEMPENEERS J. Les affections tumorales du cœcum ascendant. Rev. med. Liège, 12, 608-618, 1957.
25. KEYES T. F. Carcinoma in young man of 21. Amer. J. Surg. 78, 898, 1949.
26. MALLORY T. B. & GIDDINGS W. P. Case records of the Massachusetts General Hospital Weekly clinical exercises, New-Engl. Med. J. Med. 240, 476-477, 1949.
27. MARTEL Th. & ANTOINE E. Les fausses appendicites. Masson Cie édit. Paris, 1922.
28. MAYER F. O. Doppelerkrankungen bei Appendizitis (sekundäre Appendizitis). Zbl. Chir. 59, 597-599, 1932.
29. MAYO C. W. Malignant lesions of the caecum and ascending colon. Surg. Gynec. Obst. 72, 698-706, 1941.
30. PERLA D. Beispiel eines Plasmocytoms in einer tuberkulösen Höhle. Arch. Pathol. 17, 279-280, 1934.
31. PEYCELON R. & GUILLEMIN G. Réflexions cliniques concernant 50 cas de cancer de colon. Arch. mal. app. dig. 44, 877-883, 1955.
32. POPPER H. A case of cancer of the caecum. Surg. Gynec. Obst. 85, 790-791, 1933.

33. RACHET J., BUSSON A. & AMOUS J. A propos d'une tumeur inflammatoire amibienne simulant un cancer du colon. *Arch. mal. app. dig.* 37, 631-632, 1948.
 34. RACHET J., BUSSON A. & MORIN G. Le diagnostic radiologique du cancer colique. *Arch. mal. app. dig.* 40, 137-159, 1951.
 35. RANKIN F. W. & CHUMLEY Ch. L. Collored carcinoma of the colon and rectum. *Arch. Surg.* 18, 129-139, 1929.
 36. REDON H. Cancer du cœcum. *Mem. Acad. Chir.* 75, 257-259, 1949.
 37. SCHINZ H. R., BAENSCH W. E., FRIEDL E., ÜHLINGER E. *Lehrbuch der Röntgen - diagnostik. Erkrankungen der Ileozökalgegend.* Georg Thieme édit., 2, 1376-1379, 1932.
Spezieller Teil, Tumoren. Georg Thieme édit. 4, 3410-3414, 1952.
 38. SEEGER W. Cœcumkarzinom unter dem Bild der Appendizitis. *Zbl Chir.* 65, 744-748, 1938.
 39. VINCENT G. Cancer du cœcum. Résection, guérison. *J. Soc. med. Lille*, 51, 75-76, 1933.
 40. WAKELEY C. P. G. & RUTHERFORD R. Discussion of incidence, diagnosis and treatment, with report of 25 personal cases. *Brit. J. Surg.* 20, 91-112, 1932.
-

